

Delirium como manifestación única de infarto agudo de miocardio. A propósito de un caso

A.C. Sanjoaquín Romero, T. Villar San Pío y A.B. Esteban Gimeno

Hospital Geriátrico San Jorge. Zaragoza.

El *delirium* o también denominado síndrome confusional agudo es un síndrome que se caracteriza por su elevada morbilidad y su creciente incidencia/prevalencia en ancianos. Generalmente es multifactorial y su presencia es el indicador más seguro de la existencia de un trastorno orgánico agudo que puede suponer un riesgo vital para el paciente.

En los ancianos, el *delirium* puede ser el síntoma de presentación de multitud de enfermedades médicas y neurológicas.

Como principio básico, se debe anteponer el diagnóstico al tratamiento sintomático de la agitación psicomotriz, dado que el pilar fundamental en el tratamiento del *delirium* es la identificación y corrección del factor o factores etiológicos.

Palabras clave: delirium, etiología, tratamiento.

Delirium or also so-called acute confusional syndrome is a syndrome that is characterized by elevated morbidity-mortality and its growing incidence/prevalence in the elderly. It is generally multifactorial and its presence is the surest indicator of the existence of acute organic disorder that may entail a vital risk for the patient.

In the elderly, *delirium* may be the presentation symptom of many medical and neurological diseases.

As a basic principle, priority should be given to diagnosis over symptomatic treatment of psychomotor agitation, given that the basic milestone in the treatment of *delirium* is the identification and correction of the etiological factor or factors.

Key words: delirium, etiology, treatment.

INTRODUCCIÓN

El *delirium* se define como un síndrome que cursa con alteración global de las funciones cognitivas (conciencia, atención y pensamiento), de comienzo brusco y curso fluctuante a lo largo del día, empeoramiento nocturno, de origen orgánico (expresión de una enfermedad física o trastorno tóxico), potencialmente reversible y transitorio. Su importancia estriba en su elevada incidencia en el anciano, su elevada morbilidad y la necesidad de diagnóstico e intervención terapéutica precoces.

Presenta una incidencia del 30% en ancianos ingresados por patología médica en algún momento de su estancia hospitalaria; aunque este porcentaje podría ser mucho más elevado debido a que con frecuencia pasa desapercibido y en consecuencia es infradiagnosticado.

Correspondencia: A.C. Sanjoaquín Romero.
C/ Santa Teresa, 27, 3º A.
50180 Utebo. Zaragoza.
Correo electrónico: julian_ana@terra.es

Recibido el 02-02-04; aceptado para su publicación el 03-05-04.

EXPOSICIÓN DEL CASO

Se trata de un hombre de 89 años de edad, sin alergias conocidas y con antecedentes personales de insuficiencia cardíaca y arritmia completa por fibrilación auricular que seguía tratamiento domiciliario con anticoagulantes orales según pauta de hematología, furosemida y digoxina. Presenta la siguiente valoración geriátrica: en la esfera funcional destacar que se trata de un paciente independiente para las actividades básicas de la vida diaria, deambula con ayuda de un bastón, es independiente para transferencias y presenta continencia doble. En la esfera cognitiva no se aprecia deterioro y en la esfera social se trata de un paciente casado que vive itinerante con sus dos hijos.

Ingresa en nuestro hospital procedente de urgencias por presentar deterioro del estado general de una semana de evolución acompañado de cefalea intensa y tos con expectoración blanquecina sin otra sintomatología acompañante.

En la exploración física a su ingreso está consciente, orientado en tiempo y espacio, con ligera disnea de reposo. Normocoloreado, con ligeros signos de deshidratación

mucosa. Presenta boca séptica y lengua saburral. No tiene ingurgitación yugular. No se palpa bocio.

Auscultación cardíaca: tonos arrítmicos a 96 latidos por minuto. Auscultación pulmonar: crepitantes en campo medio y base izquierda con *roncus* inspiratorios generalizados. En el abdomen no encontramos hallazgos de interés. Las extremidades inferiores presentan edemas con fovea hasta rodillas.

Exploraciones complementarias realizadas en urgencias: hemograma y bioquímica: Hb 11,2 g/dl, Hcto 33,1%, VCM 96,7 fl, leucocitos 29.300/ l con linfopenia y granulocitosis, resto de parámetros dentro de la normalidad. Gasometría: pH 7,39, pO₂ 45 mmHg, pCO₂ 47,7 mmHg, Sat O₂ 78,8% y HCO₃ 28,5 mEq/l. Radiografía de tórax: condensación basal izquierda. El electrocardiograma (ECG) muestra fibrilación auricular a 100 latidos por minuto.

Ante el diagnóstico de neumonía basal izquierda e insuficiencia cardiorrespiratoria se instaura tratamiento con oxígeno, fluidoterapia, B₂ –adrenérgicos, antibiótico y diuréticos por vía parenteral.

La evolución inicial fue favorable mejorando la auscultación pulmonar y desapareciendo la semiología secundaria a insuficiencia cardiorrespiratoria.

Al cuarto día del ingreso, presenta intensa agitación psicomotriz nocturna sin apreciarse en la exploración física causa orgánica aparente que justificase dicho episodio, por lo que se aplicó tratamiento con neurolepticos sin objetivarse respuesta a los mismos.

Dada la persistencia del cuadro de psicoagitación, la ausencia de cambios en la exploración física y los antecedentes cardiológicos del paciente, se realiza ECG en el que nos encontramos una inversión de la onda T en DII, DIII, aVF, V₃-V₆ y ligera infradesnivelación del ST de V₃ a V₆. A continuación se solicita determinación de enzimas cardíacas: CK 112 UI/L, CK-MB 5,8% y LDH 572 UI/L.

Una vez concretado el diagnóstico de *delirium* secundario a infarto agudo de miocardio se añade al tratamiento parche de nitroglicerina y risperidona, evolucionando favorablemente del cuadro confusional, recuperando la situación cognitiva y funcional previas al ingreso.

Una vez estabilizado, el paciente fue dado de alta hospitalaria.

DISCUSIÓN

Dada la incidencia y prevalencia crecientes del *delirium* en los ancianos de nuestra comunidad, es importante conocer la etiología y manifestaciones clínicas de esta patología para poder aplicar precozmente el tratamiento adecuado (tratamiento etiológico) con el fin de conseguir la reversibilidad y por consiguiente disminuir la morbimortalidad asociada.

Destacar que la etiología generalmente es multifactorial y que existen varios factores predisponentes y precipitantes que actúan conjuntamente¹⁻³.

Dentro de los factores predisponentes en el anciano nos encontramos con: envejecimiento cerebral fisiológico (cambios morfológicos, bioquímicos y de neurotransmisión), patología orgánica cerebral secundaria a demencias

y accidentes cerebrovasculares, situaciones estresantes ambientales de tipo psicosocial (aislamiento social, entorno poco familiar, privación sensorial, trastornos del sueño y cualquier estado de duelo).

Dentro de los factores precipitantes distinguir los siguientes grupos:

1) Enfermedades somáticas: infecciones (a nivel de sistema nervioso central [SNC], infecciones respiratorias e infecciones del tracto urinario), alteraciones a nivel metabólico (hipoxia, hipercapnia, enfermedad hepática y renal, hipoglucemia), desequilibrio electrolítico y ácido-base, traumatismos craneoencefálicos, lesiones intracraneales, privación sensorial, enfermedad cardiovascular e impacto fecal.

2) Fármacos: antiparkinsonianos (levodopa), antihiper-tensivos (reserpina, metildopa), antiarrítmicos (digoxina, propanolol), antihistamínicos (difenhidramina, ranitidina), antidepresivos (amitriptilina), benzodiacepinas (tanto al inicio del tratamiento como por retirada brusca de las mismas).

3) Drogas: pueden provocar *delirium* por intoxicación como por abstinencia, entre ellas el alcohol.

4) Tóxicos: monóxido de carbono.

5) Antecedentes de cirugía reciente.

Hablar de las manifestaciones clínicas del *delirium* conlleva describir dos fases: pródromos y fase de estado o *delirium* propiamente dicho.

El pródromo no siempre está presente aunque es especialmente frecuente en los ancianos, presentándose como malestar general, irritabilidad, ansiedad, inquietud motora, alteraciones del sueño, hipersensibilidad a estímulos auditivos/visuales y/o disminución en la capacidad de concentración.

Las manifestaciones clínicas en la fase de estado son: inicio agudo-subagudo, curso fluctuante a lo largo del día, alteración del nivel de conciencia, alteración de la atención, orientación y memoria, trastornos del pensamiento y del lenguaje, alteraciones de la sensopercepción, del humor o cambios emocionales, alteración de la actividad psicomotora, alteraciones del ciclo sueño-vigilia, signos neuropsiquiátricos y neurovegetativos.

El diagnóstico del *delirium* debe basarse fundamentalmente en la anamnesis, exploración física, exploración psicopatológica y exploraciones complementarias⁴.

Los pilares básicos de la actitud terapéutica ante esta patología son: medidas de soporte general (entre las cuales incluiremos reorientación temporoespacial, evitar tonos de voz elevados, conseguir un ambiente tranquilo e iluminación adecuada, etc.), tratamiento etiológico de la causa subyacente lo más precoz posible y tratamiento sintomático. Es ahora el momento de cuestionarse la pertinencia del uso de neurolepticos, los cuales instauraremos en el caso de que estén presentes trastornos psicóticos, exista riesgo vital y/o cuando la actitud del paciente pueda interferir en el diagnóstico y resolución del problema con las medidas previamente descritas⁵.

Para concluir comentar la frecuencia de atipicidad y/o inespecificidad de la presentación de la enfermedad en el

anciano. Es un hecho bien conocido que esto conlleva un retraso en el diagnóstico y por consiguiente en el tratamiento del paciente, afectando tanto a la esfera funcional y/o cognitiva, como al pronóstico vital del mismo.

BIBLIOGRAFÍA

1. Liptzin B. Delirium. Arch Fam Med. 1995; 4: 453-8.
2. Marcantonio E. Delirium and dementia. En: Beers MH, Berkow R, editors. The Merck Manual of Geriatrics. 3rd ed. New York: Merck Research Laboratories; 2000: p. 350-6.
3. Van der Mast RC. Pathophysiology of delirium. J Geriatr Psychiatry Neurol. 1998;11:138-45, 157-8.
4. Lázaro del Nogal M. Estado confusional agudo: Abordaje diagnóstico y orientación terapéutica. En: Ribera Casado JM, editor. Manual práctico en psicogeriatría. 1^{era} ed. Madrid: Grupo Aula Médica, S.A.; 1995. p. 71-85.
5. Conn DK, Lief S. Diagnosing and managing delirium in the elderly. Can Fam Physician. 2001;47:101-8.